

RECHAZO TERAPEUTICO DE AUTOPSIA

1- Yo,DNI..... siendo las....hs. manifiesto haber sido informado en términos claros y sencillos por el Dr. que de acuerdo a la evaluación médica practicada se ha diagnosticado defunción, motivo por el que está indicado realizar procedimiento conocido como NECROPSIA-AUTOPSIA del bebe.

2- El profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado las características y propósitos del tratamiento propuesto, las posibles alternativas al mismo, y los riesgos y consecuencias de no realizarlo. No obstante, me niego a prestar conformidad para que el mismo sea llevado a cabo, como así también rehúso se me practique cualquier otro tratamiento o procedimientos médico. 3- Hago presente que me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento indicado, como así también de sus alternativas, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

4- Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa genere, aun cuando este rechazo terapéutico ponga en riesgo desconocer las causas de la muerte, deslindo de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares, y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

.....
Firma Paciente

.....
Firma Testigo (familiar, enfermero, etc)

.....
Aclaración de Firma

.....
Aclaración de Firma

.....
Documento

.....
Documento

.....
Domicilio

.....
Domicilio

.....
Teléfonos

.....
Teléfonos